

# 看護サマリー

作成年月日 年 月 日

病院 担当看護師様

## ■基本情報

ふりがな	年齢	性別	生年月日	電話番号
氏名	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	
住所	家族構成			
キーパーソン				
氏名	続柄			
緊急連絡先				
① 氏名	続柄			
② 氏名	続柄			
電話番号	電話番号	公費負担等認定情報		
		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 級 <input type="checkbox"/> 特定疾患( )		

## ■医療および身体情報

感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Wa <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他( )	身長	cm	体重	kg
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB Rh( + - )		
既往歴	年齢	疾患名	治療内容	現況	内容
				内服薬	
現病歴	医師からの説明内容 主治医( )				
疾患の理解	DNRの同意: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 挿管 <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 点滴)				
	本人の思い		家族の思い		
看護問題 (継続する問題点)	#1	:			
	#2	:			
	#3	:			
	#4	:			
最終バイタル	KT: °C P: /分(整・不整) BP: / mmHg	最終交換日	/	(Ba・NG・その他)	

身体状況	項目	現在の状況
	障害高齢者の生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	認知症高齢者の生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	意識レベル	GCS: JCS:
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: )
	言語障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(特記: )
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(特記: )
医療処置	視力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右 )
	聴力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右 )
ADL	補助具の使用	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 義歯( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 ) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 装具( ) <input type="checkbox"/> 車椅子
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 形態( ) <input type="checkbox"/> トロミ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ(昼・夜) <input type="checkbox"/> ポータブル(昼・夜) <input type="checkbox"/> オムツ(昼・夜) 排尿回数 /日 最終排便 月 日 下剤 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無
	入浴	<input type="checkbox"/> 不可(最終清拭: 月 日) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自宅介助浴 <input type="checkbox"/> 施設入浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴(最終入浴 月 日)
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行( <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 ) <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 眠剤 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無
	意思伝達方法	<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> ジェスチャー
介護保険	認知症	<input type="checkbox"/> 中核症状( ) <input type="checkbox"/> 周辺症状( )
	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更中	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
支援助事業所 (居宅介護)	事業所名	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	TEL: - - FAX: - -	担当介護支援専門員 様
利用中の社会資源(名称)	訪問	<input type="checkbox"/> 看護( 回/週) <input type="checkbox"/> 介護( 回/週) <input type="checkbox"/> 入浴( 回/週) <input type="checkbox"/> リハビリ( 回/週)
	入所	<input type="checkbox"/> 特養( ) <input type="checkbox"/> 老健( ) <input type="checkbox"/> グループホーム( )
	短期入所	<input type="checkbox"/> 特養( ) <input type="checkbox"/> 老健( ) <input type="checkbox"/> その他( )
	通所	<input type="checkbox"/> デイサービス( 回/週 ) <input type="checkbox"/> デイケア( 回/週 )
	レンタル	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> リクライニング ) <input type="checkbox"/> 除圧マット <input type="checkbox"/> その他( )
住居	<input type="checkbox"/> 一戸建て( F ) <input type="checkbox"/> 一戸建て借家( F ) <input type="checkbox"/> アパート・マンション( F ) 住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考		

作成機関名

管理者

作成者氏名